



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC), lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, usted puede acceder a www.ssspr.com o llamar al (787) 774-6060. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-981-3241 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|--|---|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$0 | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | No Aplica | No tendrá que pagar deducibles para servicios específicos, pero un copago o coaseguro puede aplicar. |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | Sí. Bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores - \$100 Individual / \$300 Familia. No hay otros deducibles específicos. | Usted debe pagar los costos por estos servicios hasta alcanzar la cantidad del deducible , antes que el plan comience a pagar. |
| ¿Cuánto es el límite de desembolso máximo para este plan ? | Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos prestados por proveedores dentro de la red - \$6,350 Individual / \$12,700 Familia. Bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores - \$1,000 Individual / \$3,000 Familia. | El límite a los gastos máximos del desembolso es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de gastos máximo del desembolso hasta que se haya alcanzado el límite de gastos generales de la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de desembolso máximo ? | Primas , facturación de saldo , pagos por servicios no cubiertos por el plan , pagos por beneficios no esenciales, copagos / coaseguros por servicios prestados por proveedores fuera de la red y penalidades por no obtener una precertificación para servicios. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo. |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Acceda www.ssspr.com o llame al 1-800-981-3241 para una lista de proveedores dentro de la red . | Este plan utiliza proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su |

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.ssspr.com.

(DT - OMB número control: 1545-0047/Fecha Expiración: 12/31/2019) (DOL - OMB número control: 1210-0147/Fecha Expiración:5/31/2022) (HHS - OMB número control: 0938-1146/Fecha Expiración: 10/31/2022)

| | | |
|--|-----|---|
| | | proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para atenderse con un especialista ? | No. | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido . |



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$15 copago / visita | 20% coseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | -----ninguna----- |
| | Consulta con un especialista /subespecialista | \$20 copago / especialista \$20 copago / subespecialista | 20% coseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | -----ninguna----- |
| | Atención preventiva/evaluación /vacunas | Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada por otras inmunizaciones 20% coseguro por la vacuna para el virus sincitial respiratorio. | 20% coseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere precertificación del plan. Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique que pagará su plan por estos servicios. |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | 30% coseguro | 20% coseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | -----ninguna----- |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 30% coseguro | 20% coseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza sujeto a precertificación MRI y CT, hasta uno (1) por región anatómica, por año póliza. |

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.ssspr.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.ssspr.com . | Medicamentos genéricos | \$10 copago / \$20 copago por correo | Cubre farmacias sólo en Estados Unidos. Triple-S reembolsará al asegurado el 75% de la tarifa establecida para una farmacia de la red luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable. | Aplican las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> • Genéricos como primera opción. • Hasta 30 días al detal y 90 días de suplido o por correo para algunos medicamentos de mantenimiento. • Productos especializados y medicamentos para quimioterapia no están disponibles para envío por correo. • Algunos medicamentos requieren precertificación del plan y el uso de terapia escalonada. |
| | Medicamentos de marca | \$25 copago / \$50 copago por correo | | |
| | Medicamentos especializados | 20% máximo \$200 | | |
| | Medicamentos para quimioterapia | Nada | | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$75 copago / visita | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | -----ninguna----- |
| | Tarifas del médico/cirujano | Nada | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | -----ninguna----- |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | \$75 copago / visita | \$75 copago / visita | Nada si es recomendado por <i>Teleconsulta</i> . Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos-x. |
| | Transporte médico de emergencia | Hasta \$80 / viaje | Hasta \$80 / viaje | Cubierto a través de reembolso. |
| | Atención de urgencia | Ver atención en la sala de emergencias | Ver atención en la sala de emergencias | Pueden aplicar coaseguros por pruebas diagnósticas no rutinarias que no sean rayos-x. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | \$100 copago / admisión | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | -----ninguna----- |

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.ssspr.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo) | |
| | Tarifas del médico/cirujano | Nada, excepto litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas. | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | Litotricia requiere precertificación . |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$5 copago / terapia de grupo \$20 copago / visita (incluye colaterales) | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | -----ninguna----- |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | \$100 copago / admisión \$50 copago / admisión parcial | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | -----ninguna----- |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$20 copago / visita | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | Costos compartidos no aplican para los servicios preventivos. Cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos a través del resumen de beneficios y cobertura (ej. ultrasonidos) |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Nada | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | \$100 copago / admisión | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras | Atención médica en el hogar | 25% coaseguro | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% coaseguro | Hasta 40 visitas por año para terapias físicas, ocupacionales y del habla. Requiere precertificación del plan. |

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.ssspr.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo) | |
| necesidades especiales de salud | Servicios de rehabilitación | Nada / terapias físicas | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | Terapias físicas sin límites. Quiropráctico cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores |
| | Servicios de habilitación | Ver servicios de rehabilitación | Ver servicios de rehabilitación | Ver servicios de rehabilitación |
| | Atención de enfermería especializada | Nada | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios. | Hasta 120 días por año, por asegurado. Requiere precertificación del plan |
| | Equipo médico duradero | 25% coaseguro | Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% coaseguro | Requiere precertificación del plan. |
| | Servicios de un programa de cuidados paliativos | Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una precertificación . | No se cubre | -----ninguna----- |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen vista para niños | Nada | 20% coaseguro , cubierto por reembolso, luego del deducible inicial | Hasta un (1) examen de refracción por año, por asegurado. |
| | Anteojos para niños | No se cubre | No se cubre | No se cubre |
| | Control dental para niños | No se cubre | No se cubre | No se cubre |

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.ssspr.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía cosmética
- Cuidado dental
- Cuidado prolongado

- Enfermeras privadas
- Espejuelos

- Programas de pérdida de peso
- Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos
- Tratamiento de infertilidad

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Acupuntura (cubierto a través de Triple-S Natural)
- Aparatos auditivos (cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores)
- Cirugía bariátrica sujeto a precertificación del plan

- Cuidado rutinario del pie

- Cuidado visual
- Visitas al quiropráctico (cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual. Para obtener más información sobre la cobertura de seguro individual, visite www.ssspr.com o llame al 787-774-6060 o al número gratuito 1-800-981-3241.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform o visite www.ssspr.com o llame al 787-774-6060 o al número gratuito 1-800-981-3241.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si

Si usted no tuviera [Cobertura Esencial Mínima](#) por un mes, tendrá que hacer un pago al presentar su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Si

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través de una cobertura de seguro individual.

Servicio de acceso a idiomas: Spanish (Español):

Para obtener asistencia en Español, llame al 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.ssspr.com.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [Especialistas](#) \$20
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$100
- Otros [coseguros](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$100 |
| Coaseguro | \$400 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$500 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [Especialistas](#) \$20
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$100
- Otros [coseguros](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$600 |
| Coaseguro | \$200 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$900 |

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [Especialistas](#) \$20
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$100
- Otros [coseguros](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$300 |
| Coaseguro | \$70 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$470 |